Institut ophtalmique de Somain et des mines d'Anzin
à SOMAIN (NORD) FRANCE

THÉORIE CIRCULATOIRE

DE

LA MYOPIE

GUÉRISON DE LA MYOPIE PROGRESSIVE

par une nouvelle méthode de traitement déduite de la théorie circulatoire

par

le docteur H.-N. DRANSART

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin du Chemin de fer du Nord, des Houillères du nord de la France, des acieries de France à Berghette (Pas de Calais), etc.

Travail présenté à l'Académie des sciences à Paris le 18 mai 1885

IRIDECTOMY & SCLEROTOMY.

Extrait des Annales d'oculistique, livraison septembre-octobre 1885.

GAND
IMPRIMERIE I.-S. VAN DOOSSELAERE
BOULEVARD DU CHATEAU, 62

1885

GUÉRISON DE LA MYOPIE PROGRESSIVE PAR L'IRIDECTOMIE ET LA SCLÉROTOMIE.

—

Théorie circulatoire de la Myopie.

—

D'après M. Fuchs, de Liège, le décollement de la rétine, dont la myopie est le principal facteur, donne 4,94 °/₀ au contingent des aveugles, et la chorio-rétinite due à la myopie donne une quote-part de 0,94; nous savons, en outre, que la myopie progressive peut également rendre aveugle, soit en aboutissant au glaucome, fait que j'ai signalé au Congrès de Rouen en 1883, soit en se terminant par la cataracte, soit enfin en se compliquant d'un travail d'atrophie au niveau du nerf optique. Il est donc certain que la quote-part de la myopie progressive dans la production de la cécité est supérieure au chiffre de 5 °/₀ .

Si nous nous en rapportons aux chiffres fournis par les statistiques, la myopie prend, à notre époque, un développement extraordinaire, et, si la science n'y apporte remède, le chiffre de 5 °/₀ des aveugles par myopie ne tardera pas a être dépassé.

Dans le siècle de l'instruction obligatoire, où la lutte pour l'existence est si vive, la myopie ne peut manquer de voir se développer à l'extrême limite les désastres dont elle est capable.

La science a donc le devoir de prévoir et d'arrêter, dans la mesure du possible, les conséquences d'un pareil état de choses.

Déjà elle a tenté des efforts dans ce but: En Allemagne,

de Graefe avait proposé la section des droits externes pour arrêter le développement de la myopie progressive. M. Abadie, en France, s'est fait l'apôtre de cette manière de faire et se trouve bien de la section incomplète du tendon du droit externe. Cette thérapeutique repose sur la théorie musculaire de la myopie, théorie qui attribue un rôle prépondérant à l'action des muscles externes.

D'autres auteurs, parmi lesquels je citerai notre distingué confrère, le docteur Javal, ont attribué le principale rôle au muscle de l'accommodation. Cette théorie, que l'on peut appeler « la théorie accommodative », a eu pour conséquence thérapeutique l'emploi des collyres à l'atropine et du repos. Les deux méthodes thérapeutiques précédentes ont à leur actif des succès incontestables, mais elles sont loin de guérir tous les cas, puisqu'il reste encore, en dépit de ce chef, en dépit des efforts tentés, en dépit des règles de l'hygiène scolaire les mieux formulées et les mieux appliquées, une quote-part d'aveugles qu'on peut sans exagération évaluer à 5 % .

Y a t-il moyen d'arriver à enrayer les cas de cécité par myopie, si non complètement, du moins dans une large mesure, comme on le fait pour le glaucome depuis les travaux de de Graefe? Je n'hésite pas à répondre affirmativement; bien plus, je considère ce problème important comme résolu.

Mon affirmation paraîtra bien hardie, et elle serait téméraire, en effet, si elle n'était qu'une simple vue de l'esprit: elle est, heureusement, la traduction de faits observés avec le plus grand soin à l'Institut ophtalmique de Somain et des Mines d'Anzin, faits ou expériences cliniques dont je relaterai plus loin les plus importants.

*
* *

Tout en admettant l'action des muscles et aussi celle de l'accommodation sur le processus myopique, je considère ces facteurs comme secondaires; j'estime que les procédés thérapeutiques qui en découlent doivent leur efficacité à un mode d'action tout autre que celui indiqué par leurs auteurs. Ainsi que je l'ai dit au dernier congrès d'ophtalmologie, à l'occasion de l'intéressante communication de mon excellent maître et ami M. le docteur Abadie, la ténotomie partielle du droit externe agit simplement à raison de la cicatrice de filtration qui résulte de l'acte opératoire accompli par la section incomplète du droit

externe ; ce qui le prouve, c'est que les opérations de M. Abadie à section incomplète réussissent aussi bien que celles de de Graefe à section complète du tendon. La cicatrice de filtration qui résulte de l'acte opératoire facilite la circulation intra-oculaire (1), et la myopie se trouve arrêtée, pour un certain temps, dans son évolution progressive. A mon avis, la même opération faite entre deux muscles produirait un effet identique.

La médication qui s'inspire de la théorie accommodative agit de la même façon : le repos et l'atropine s'opposent à la reproduction des phénomènes congestifs, l'absence de travail entraîne l'absence de congestion par défaut d'inclinaison de la tête, facteur dont l'importance est capitale pour le développement de la myopie.

A la théorie musculaire et accommodative je substitue la théorie circulatoire de la myopie, et, tout en acceptant l'importance des procédés thérapeutiques issus des théories précédentes, tout en conservant leurs moyens de traitement pour les cas bénins, j'en constate l'insuffisance relative, et, dans les cas graves de myopie, j'ai recours aux moyens les plus capables de rétablir l'équilibre circulatoire ; ces moyens sont l'iridectomie et la sclérotomie.

J'ai donné en 1883, au Congrès de Rouen, les preuves cliniques d'où résulte la liaison de la myopie avec le glaucome et le décollement de la rétine. J'ai montré la myopie progressive se transformant en glaucome, et, dernièrement, le docteur Dehenne signalait la transformation en myopie du glaucome chez les enfants. Tout récemment encore, un de nos distingués confrères, M. le docteur Riche, de Jeumont, me montrait un vieux médecin glaucomateux, chez qui l'atteinte du glaucome était précédée d'une transformation myopique de l'organe, qui permettait alors au malade, âgé de quatre-vingt-deux ans, de lire sans lunettes ; du reste, si l'on veut réfléchir, on arrivera à admettre l'analogie des processus myopique et glaucomateux.

---

(1) Au niveau du siège opératoire, les liquides intra-oculaires n'ont plus à traverser, pour sortir de l'œil, que la sclérotique un peu amincie doublée d'un simple tissu cicatriciel ; tandis qu'avant l'opération, ils rencontraient à ce niveau la sclérotique doublée de trois tissus différents, le tendon, la capsule de Tenon et la conjonctive. Il est facile de comprendre que la filtration des liquides est devenue plus facile en ce point.

Le processus myopique, en effet, est constitué primitivement par l'augmentation des liquides intrà-oculaires, et, consécutivement, par la distension des membranes. Ces deux facteurs, dont l'un entraîne l'autre, constituent la myopie dans ce qu'elle a d'essentiel.

L'augmentation des liquides intra-oculaires est le fait d'un trouble circulatoire constitué par une sécrétion plus abondante ou par une excrétion insuffisante des liquides, ou par l'un et l'autre de ces facteurs à la fois.

Ces éléments sont, on le sait, ceux qui président à la formation du glaucome, et la différence qui existe entre le processus glaucomateux et le processus myopique, c'est que, chez l'un, les membranes sont plus résistantes, ainsi que l'a dit M. Cusco, et qu'alors elles ne cèdent pas : de là l'excès de tension, la dureté du globe oculaire et le glaucome ; chez l'autre, au contraire, les membranes se laissent distendre, et, l'excès de tension n'étant pas appréciable par suite de cette augmentation de capacité, il y a myopie. La clinique et la théorie sont d'accord pour assimiler les deux processus ; il était donc tout naturel de mettre la thérapeutique en harmonie avec les données précédentes. Je n'ai pas hésité à le faire, et j'indique ci-après les résultats de la nouvelle méthode de traitement que je préconise, et que j'ai expérimentée pour la plus grande satisfaction de mes opérés.

*
* *

Je dois indiquer d'abord les cas de myopie progressive auxquels s'adresse la thérapeutique dont j'ai pris l'initiative.

Certes, je le déclare bien haut, il est loin de ma pensée, et encore plus de ma pratique, de soumettre à un traitement chirurgical toute myopie qui progresse. Comme tous mes collègues, je traite tous ces cas d'abord et surtout par le repos, l'atropine et l'emploi judicieux de lunettes et des règles de l'hygiène etc.

En principe et en fait, je ne touche pas à un œil myope dont l'acuité et le champ visuels restent normaux.

La thérapeutique que je préconise vise tout simplement les cas de myopie progressive dans lesquels il y a menace de cécité avec ou sans lésions concomitantes, soit des membranes, soit des milieux. Quant l'acuité visuelle est inférieure à un quart, et qu'un examen sérieux prouve qu'elle diminue progressive-

ment, je n'hésite pas à faire, soit un sclérotomie, soit une iridectomie; c'est le moyen véritablement héroïque, qui agit dans l'espèce avec la même puissance que dans le glaucome, alors même que tous les autres moyens ont échoué.

J'ai opéré vingt myopes dans ces conditions; j'ai fait chez la plupart une simple sclérotomie, chez les autres l'iridectomie. Le traitement chirurgical a été aidé de l'usage modéré de la pilocarpine, de frictions d'hydrargyre, et, plus tard, de l'emploi de la strychnine. Je dois dire que, chez tous à l'exception d'un seul, j'ai obtenu une amélioration notable de l'acuité visuelle, sans augmentation ni diminution de la réfraction.

Voici, brièvement relatées, quelques-unes de ces observations, parmi celles qui m'ont le plus frappé.

Obs. I. — « La première malade que j'ai opérée — en 1884 — a été une » belge, Mlle Lecolier de Mortagne, âgée de 30 ans. La malade avait une » myopie de dix dioptrics aux deux yeux. Maux de tête, aucune lésion du » fond de l'œil, pas de staphylome, une légère excavation papillaire à » droite.

» S. O. G = 1/6 avec correction Tn (œil gauche).
» O. D = 1/10 avec correction T + 1 (œil droit).
» Champ visuel O. G = 5586 (notation M. Gilet de Grandmont),
» O D = 0120.

» Le 19 Mars 1884, je fais à l'œil droit une iridectomie et une sclérotomie » à l'œil gauche; en même temps, quelques injections de pilocarpine, des » applications hydrargyriques sur le front; au bout de quelques mois, je » donnai le sulfate neutre de strychnine. Le résultat de ce traitement fut » remarquable, ainsi qu'on va le voir:

» Le 18 *Octobre* 1884. Champ visuel O. G = 2457.
» S. O. G = 1/4 avec correction.
» O D = 1/6 » »

» Le 16 *Février* 1885. Acuité visuelle S. O. G = 2/3 avec correction.
» O. D = 1/4 » »

» Les douleurs ont complètement disparu et la vision a plus que doublé » aux deux yeux.

Obs. II. — « J'ai fait dernièrement l'iridectomie chez un myope de dix » dioptries, M. Gambier, comptable à Denain, qui avait perdu complète» ment la vision de l'œil gauche. Il ne restait plus à cet organe qu'un peu » de perception quantitative; le corps vitré était trouble, et la papille, » autant qu'on pouvait en juger, présentait des altérations notables. Je fis » l'iridectomie en désespoir de cause, et je fus agréablement surpris en » constatant, au bout de huit jours, le retour de la perception qualitative » et la disparition des troubles de l'humeur vitrée. Je pus alors constater

» une atrophie papillaire avec un staphylome choroïdien péripapillaire.
» L'acuité visuelle, au bout de trois semaines, égalait 1/20 avec—10. »

Ce cas est très important dans l'espèce; il montre qu'il faut tenter l'intervention, même dans les cas en apparence désespérés.

L'analogie entre le glaucome et la myopie se poursuit jusque dans les résultats thérapeutiques de ces cas extrêmes. Quel est, en effet, l'ophtalmologiste quelque peu expérimenté qui n'ait pas opéré avec succès des cas de glaucome, alors que toute acuité visuelle avait disparu? Eh bien! je puis dire aujourd'hui, et cela avec l'autorité que donnent les faits, que, dans la myopie, il faut encore essayer de guérir, même quand il semble qu'il n'y a plus rien à espérer.

Obs. III. — « Parmi ces cas presque désespérés de myopie progressive, » je puis encore citer celui d'un de mes anciens camarades de collège, qui » me fut amené dans un état des plus déplorables au point de vue de la » perception visuelle. C'était une myopie de six dioptries avec trouble de » l'humeur vitrée, chez qui l'acuité visuelle était réduite à 1/1000, avec » un rétrécissement du champ visuel. Je fis aux deux yeux une iridec- » tomie, et je soumis le sujet à un traitement révulsif avec la pommade » d'hydrargyre. Je vis, sous l'influence de ce traitement, l'acuité visuelle » revenir peu-à-peu et l'humeur vitrée s'éclaircir. Aujourd'hui le malade » a une acuité visuelle égale à 1/30.

» Obs. IV et V. — J'ai encore opéré récemment un luthier de Valen- » ciennes et un jeune homme du Pas-de-Calais, tous deux atteints d'une » myopie supérieure à vingt dioptries d'un œil et de perte complète de » l'autre œil. Je fis au premier une iridectomie et une sclérotomie au » second. Le luthier avait des plaques d'atrophie chorio-rétinienne nom- » breuses et se trouvait incapable de déchiffrer n'importe quelle lettre. » Huit jours après l'iridectomie, il pouvait lire le n° 4 de de Wecker, et se » trouvait sauvé d'une cécité qu'il croyait inévitable et qui l'eût été » certainement sans l'intervention chirurgicale.

» Le jeune homme du Pas-de-Calais, qui ne pouvait plus se conduire et » qui souffrait beaucoup de maux de tête, vient maintenant seul à ma » clinique et se trouve débarrassé de sa céphalalgie,

» Ces deux malades sont d'autant plus enchantés du résultat obtenu » qu'ils avaient déjà perdu complètement un œil de la même affection.

» Obs. VI. — Je rappellerai encore le cas de myopie progressive avec » perte complète de la vue aux deux yeux, que j'ai relaté au Congrès de » Rouen. C'était un prêtre myope de vingt dioptries que j'avais en obser- » vation depuis deux ans. Il était venu chez moi absolument aveugle avec » des corps vitrés troubles et des globes durs. Je fis sur un œil une iridec- » tomie et une sclérotomie sur l'autre; je fis en même temps usage de » pilocarpine, des préparations hydrargyriques et plus tard de la strychni- » ne; j'eus la vive satisfaction de voir la vision revenir complètement, » au point de permettre au malade de remplir ses fonctions sacerdotales. »

» Obs. VII à XX. — Les autres malades que j'ai opérés ont subi la » sclérotomie. Ce sont, à l'exception d'un seul, des sujets qui étaient » atteints de décollement de la rétine de l'œil congénère sur lequel, confor- » mément à la thèse que je soutiens, j'avais fait une iridectomie.

» Chez tous, j'ai obtenu de l'amélioration. Dans un seul cas, le résultat » a été nul ; il s'agissait d'un malade âgé de quatre-vingt-trois ans, prêtre » du diocèse de Cambrai, qui avait perdu la vue par myopie progressive, » S = 1/500 O. G. Une iridectomie faite sur cet œil ne procura aucune » amélioration. L'âge du sujet et son mauvais état de santé suffisent pour » expliquer cet insuccès qui n'est pas de nature à faire déprécier, en quoi » que ce soit, la valeur de la méthode. Ce malade, opéré à un âge moins » avancé, eût certainement évité la cécité résultant de sa myopie.

En résumé : l'analogie du glaucome et de la myopie, entre-vue par M. Cusco et démontrée cliniquement dans notre travail de 1883 (Congrès de Rouen), confirmée enfin par le récent travail de M. Dehenne sur la transformation du glaucome infantile en myopie (1884), reçoit une confirmation éclatante des résultats thérapeutiques que nous avons obtenus. La physiologie pathologique et la thérapeutique se trouvent d'accord pour affirmer les liens qui relient entre elles ces deux affections, et dont le principal est le trouble circulatoire. La myopie peut aboutir au glaucome et le glaucome engendrer la myopie, voilà une vérité clinique actuellement incontestable. D'autre part, nous venons de prouver, par des faits, que le traitement qui guérit le glaucome donne les mêmes résultats dans la myopie progressive. *Naturum morborum ostendunt curationes*. En conséquence, la théorie circulatoire qui explique la production du glaucome est aussi celle qui explique la genèse de la myopie.

En s'appuyant sur la pratique dont je viens de donner les résultats, il y aura lieu, dans l'avenir, de faire la sclérotomie et l'iridectomie (1) dans les cas de myopie progressive où l'acuité visuelle est réduite à un quart et même à moins, et dont les progrès n'ont pu être arrêtés par les moyens thérapeutiques ordinaires. Ces opérations arrêtent le progrès du mal, main-

---

(1) Je pratique toujours l'iridectomie en haut pour des raisons exclusivement optiques et esthétiques. La paupière supérieure, en cachant la pupille artificielle, rend le coloboma moins apparent et contribue par le fait à la formation d'images plus nettes sur la rétine.

Je fais la sclérotomie indifféremment dans toutes les portions du cercle scléro-cornéen.

tiennent l'acuité visuelle qu'ils peuvent doubler, et plus encore dans certains cas, ou même faire revenir quand elle a totalement disparu qualitativement ou quantitativement. (*Obs.* N° 2 et 6).

J'ai prouvé dernièrement au, Congrès français d'ophtalmologie (Janvier 1885), que l'iridectomie, de concert avec un traitement approprié, pouvait guérir un quart des décollements de la rétine et en améliorer les deux tiers. L'iridectomie devra presque toujours être faite à titre de mesure prophylactique du décollement de la rétine ; on supprimera, par le fait, le principal facteur de la cécité par myopie. L'observation N° 1, qui est celle d'un cas de myopie en train de produire un décollement de rétine, est des plus instructive et aussi des plus concluante à ce sujet.

L'intérêt qui ressort des faits que nous venons d'exposer n'échappera à personne. Ces faits sont des cas de myopie extrêmes, rebelles à toutes les autres méthodes de traitement. Les résultats obtenus dans ces cas sont la confirmation la plus éclatante de la méthode de traitement que j'ai eu l'honneur de proposer au congrès de Rouen (1883). Ils prouvent que, si l'iridectomie et la sclérotomie ont opéré une révolution dans le traitement des affections glaucomateuses, ces mêmes opérations opéreront également une révolution non moins bienfaisante dans le traitement de la myopie progressive.

J'ai la conviction que pour celle-ci comme pour le glaucome, la science possède actuellement les moyens de supprimer le nombreux contingent que cette affection fournit chaque année au bilan de la cécité.
